

Explanation of Benefits の記載内容について

Explanation of Benefits (EOB、保険給付明細書)のサンプル

MAIL TO: Member Name Member Address Member City, State, Zip	Questions? Please Contact: Nippon Life Insurance Company of America P.O. Box 39710 Colorado Springs, CO 80949 EXPLANATION OF BENEFITS - For Employees Employee: Member Name Patient Name: Self Employer: Member's Employer Claim Number: Q99999-123456789012345 Paid To: Clinic Name and Address																																																																	
(Summary Statement): On (Date) we processed \$3610.00 in charges. Of the \$3610.00 we paid \$1066.00 for your benefit amount. Please read below to see how we applied your MEDICAL benefits. We will mail the provider payment on (Date).																																																																		
1 Service Provider: A: Steven Williams DC (PATIENT #: 12345)																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">Service</th> <th style="width: 15%;">Description of Service</th> <th style="width: 10%;">Date From</th> <th style="width: 10%;">Date Thru</th> <th style="width: 10%;">Provider Charge</th> <th style="width: 10%;">Charge Allowed</th> <th style="width: 10%;">Not Covered</th> <th style="width: 10%;">Pending</th> <th style="width: 10%;">Deductible</th> <th style="width: 10%;">Co-pay</th> <th style="width: 10%;">Co-Ins</th> <th style="width: 10%;">Remarks</th> <th style="width: 10%;">Benefit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A: 99244</td> <td>PHYS VISIT</td> <td>051608</td> <td>051608</td> <td>55.00</td> <td>55.00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>20.00</td> <td>100%</td> <td>00-01</td> <td>35.00</td> </tr> <tr> <td>A: 50360</td> <td>SURGERY</td> <td>052108</td> <td>052108</td> <td>3500.00</td> <td>3500.00</td> <td></td> <td></td> <td>1000.00</td> <td></td> <td>80%</td> <td>00-02</td> <td>2000.00</td> </tr> <tr> <td>A: 99212</td> <td>PHYS VISIT</td> <td>052306</td> <td>052308</td> <td>55.00</td> <td>0.00</td> <td>55.00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>00-03</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">TOTALS:</td> <td>3610.00</td> <td>3555.00</td> <td>55.00</td> <td></td> <td>1000.00</td> <td>20.00</td> <td></td> <td></td> <td>2035.00</td> </tr> </tbody> </table>		Service	Description of Service	Date From	Date Thru	Provider Charge	Charge Allowed	Not Covered	Pending	Deductible	Co-pay	Co-Ins	Remarks	Benefit	A: 99244	PHYS VISIT	051608	051608	55.00	55.00				20.00	100%	00-01	35.00	A: 50360	SURGERY	052108	052108	3500.00	3500.00			1000.00		80%	00-02	2000.00	A: 99212	PHYS VISIT	052306	052308	55.00	0.00	55.00					00-03		TOTALS:				3610.00	3555.00	55.00		1000.00	20.00			2035.00
Service	Description of Service	Date From	Date Thru	Provider Charge	Charge Allowed	Not Covered	Pending	Deductible	Co-pay	Co-Ins	Remarks	Benefit																																																						
A: 99244	PHYS VISIT	051608	051608	55.00	55.00				20.00	100%	00-01	35.00																																																						
A: 50360	SURGERY	052108	052108	3500.00	3500.00			1000.00		80%	00-02	2000.00																																																						
A: 99212	PHYS VISIT	052306	052308	55.00	0.00	55.00					00-03																																																							
TOTALS:				3610.00	3555.00	55.00		1000.00	20.00			2035.00																																																						
14 SUMMARY OF ADJUSTMENTS>>> LESS OTHER COVERAGE: -968.00 00-04 ADJUSTMENT TOTAL: 68.00 TOTAL PAID: 68.00																																																																		
REMARKS** <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">00-01</td> <td>We've paid the maximum benefits for this surgery because this visit was within the post-operative follow-up period. No further benefits are payable. Refer to the covered charges and limitation section of your booklet.</td> </tr> <tr> <td>00-02</td> <td>Your other insurance plan paid \$2,488.00.</td> </tr> <tr> <td>00-03</td> <td>Please notify us if your address has recently changed.</td> </tr> <tr> <td>00-04</td> <td>We've coordinated this claim with other insurance. Refer to the coordination of other benefits section of your booklet</td> </tr> <tr> <td>00-05</td> <td>You can now find this explanation of benefits in the "Personal Login" section of the Nippon Life Benefits website www.nipponlifebenefits.com.</td> </tr> </table>	00-01	We've paid the maximum benefits for this surgery because this visit was within the post-operative follow-up period. No further benefits are payable. Refer to the covered charges and limitation section of your booklet.	00-02	Your other insurance plan paid \$2,488.00.	00-03	Please notify us if your address has recently changed.	00-04	We've coordinated this claim with other insurance. Refer to the coordination of other benefits section of your booklet	00-05	You can now find this explanation of benefits in the "Personal Login" section of the Nippon Life Benefits website www.nipponlifebenefits.com.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Remaining Out-of-Pocket Expense</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Other:</td> <td style="text-align: center;">Individual Family</td> </tr> <tr> <td>PPO:</td> <td style="text-align: center;">3500.00 8500.00</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1000.00 3500.00</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Remaining Deductible</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Individual Family</td> </tr> <tr> <td>Other:</td> <td style="text-align: center;">0.00 2000.00</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Lifetime Benefits Maximum</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Paid Remaining</td> </tr> <tr> <td>MED:</td> <td style="text-align: center;">1066.00 UNLIMITED</td> </tr> </tbody> </table>	Remaining Out-of-Pocket Expense		Other:	Individual Family	PPO:	3500.00 8500.00		1000.00 3500.00	Remaining Deductible			Individual Family	Other:	0.00 2000.00	Lifetime Benefits Maximum			Paid Remaining	MED:	1066.00 UNLIMITED																																			
00-01	We've paid the maximum benefits for this surgery because this visit was within the post-operative follow-up period. No further benefits are payable. Refer to the covered charges and limitation section of your booklet.																																																																	
00-02	Your other insurance plan paid \$2,488.00.																																																																	
00-03	Please notify us if your address has recently changed.																																																																	
00-04	We've coordinated this claim with other insurance. Refer to the coordination of other benefits section of your booklet																																																																	
00-05	You can now find this explanation of benefits in the "Personal Login" section of the Nippon Life Benefits website www.nipponlifebenefits.com.																																																																	
Remaining Out-of-Pocket Expense																																																																		
Other:	Individual Family																																																																	
PPO:	3500.00 8500.00																																																																	
	1000.00 3500.00																																																																	
Remaining Deductible																																																																		
	Individual Family																																																																	
Other:	0.00 2000.00																																																																	
Lifetime Benefits Maximum																																																																		
	Paid Remaining																																																																	
MED:	1066.00 UNLIMITED																																																																	
When a deductible, co-pay, out-of-pocket, or co-insurance maximum has been applied, and explanation regarding the deductible, co-pay, out-of-pocket, or co-insurance maximum is found in the summary of benefits section of your plan booklet. Help stop insurance fraud, call 1-800-937-6542. See additional information on back page. Retain this copy for tax purposes, it cannot be reprinted. Visit us at www.nipponlifebenefits.com																																																																		

Additional Claim Information

21

Service Description

Service Line 1 99244 OFC CNSLT NEW/ESTAB MOD-HIGH 60 MIN
Service Line 2 50360 RENAL ALLOTRANSLANTATION, IMPLANTATION OF GRAFT
Service Line 3 99212 OFC/OUTPT E&M ESTAB MINOR 10 MIN

22

Diagnosis Codes

585.9 Renal Disease - Unspecified
250.00 Diabetes Mellitus

(EOB 裏面)

各項目の記載内容について

- 1 **Service Provider:** 医師・病院・薬局など、医療サービスをお受けになった機関を記載しています。それぞれの医療機関においてお受けになった医療サービス・治療行為の内容は、下の欄でそれぞれ「A・B・C・・・」と表示されています。
- 2 **Service:** 医療サービスの管理番号を記載しています。
- 3 **Description of Service:** 医療サービスの内訳を記載しています。
- 4 **Dates:** 医療サービスをお受けになった日付です。
- 5 **Provider Charge:** 医療機関から請求された金額です。
- 6 **Charge Allowed:** 保険給付計算の対象となる金額です(⑤から⑦を控除した額となります)。
- 7 **Not Covered:** 該当の医療サービスが保険の対象外であるため、請求額(⑤)から控除される金額、もしくはPPO ネットワークとの事前取決めによる割引額を表示しています。割引がある場合には、Remarks 欄にその旨の記載があります。
- 8 **Pending:** 事務処理を完了するために必要な全ての情報が提供されていない場合、一時的に請求額から控除される金額です。
- 9 **Deductible:** 保険給付が始まる前に必要な自己負担額です。
- 10 **Co-Pay:** PPO ネットワーク・プランにおいて、ご加入のプランに Co-pay がある場合、医師の診察、入院の際毎回お支払い頂く金額で、請求額(⑤)から控除されます。
- 11 **Co-insurance:** 保険給付計算の対象になる金額(⑥)から Co-pay または Deductible を控除した金額のうち、保険会社が負担する割合(%)です。
- 12 **Remarks:** 下段の「Remarks」の欄に補足説明があります。
- 13 **Benefit:** 当該医療サービスに対する保険会社の負担額(保険給付額)を表示しています。(⑤－⑦－⑧－⑨－⑩)×⑪で計算されます。
- 14 **Summary of Adjustments:** 他の保険との調整、医療機関によるディスカウント、事前給付確認がなされなかった場合のペナルティによる調整額などを示します。
- 15 **Adjustment Total:** ⑭の金額の合計額。
- 16 **Total Paid:** Summary of Adjustments を反映して、最終的に支払われる保険給付額を示します。⑬－⑮で

計算されます。

- 17 **Remaining Out-of-Pocket Expense:** お支払額が、Remaining Out-of-Pocket Expense (暦年ベースでの個人負担上限額)を超えると、他に特別の規定がない限り Charge Allowed (保険の対象となる金額)の100%を保険会社が負担します。この欄ではその残額を本人・家族ベースでそれぞれ表示しています。
- 18 **Remaining Deductible:** Deductible (保険給付が始まる前に必要な自己負担額)の暦年ベースでの残額を、本人・家族ベースでそれぞれ表示しています。
- 19 **Lifetime Benefits Maximum:** プランによっては、保険会社が被保険者お一人の一生涯にお支払いする給付額に上限を設けている場合があります。ここでは、これまでにお支払いした給付額および残額を表示しています。(保険開始日が2010年10月1日以降の医療保険プランについては、残額が Unlimited と表示されます。)
- 20 **Fraud Statements:** EOB の記載内容をご確認いただき、実際にお受けになられた医療サービスと異なる請求内容等、ご不明な点がございましたら、カスタマーセンターまで速やかにご連絡ください。
- 21 **Service Description:** 医療機関が給付請求の際に提出した医療サービスの管理番号とその内容です。
- 22 **Diagnosis Codes:** 医療機関が給付請求の際に提出した診断名の管理番号とその内容です。

Remarks 欄について

Remarks 欄には、保険給付の説明やお客様への追加情報のお願いなど、大切な情報を記載しておりますので、必ずお読み頂きますようお願いいたします。代表的な例について、メッセージの内容の説明、ならびにご対処頂く方法をまとめておりますので、ご参照ください。

【医療保険】

例1) THE CHARGE WAS REDUCED BY ①\$XX.XX BASED ON THE AGREEMENT WITH XXXXX(PPO ネットワーク名). BALANCE DUE PROVIDER IS ②\$XX.XX.

【解説】 PPO 加入の医療機関における治療には必ずこの表現が見られます。PPO ネットワークとの協定により、①に示された金額が“請求額”(Provider Charge)からディスカウントされたことを示しています。②は、保険給付計算対象額から給付額を差し引いた、医療機関に対するお客様のご負担額になります。

【対応方法】 当該医療機関から②に記載された金額の請求が行われますので、お支払ください(医療機関が、保険給付を考慮せずに②と異なる金額で請求書を送付する場合がありますので、ご注意ください)。ご負担額を既に支払われている場合、再度支払われる必要はありません。PPO 加盟の医療機関でのサービスに対し別途立替支払いをされている場合、弊社からは当該医療機関に給付額を支払いますので、その後の払い戻し手続きについては、当該医療機関とご相談ください。

例2) MEMBER PLEASE SEND A COPY OF YOUR CERTIFICATE OF CREDITABLE COVERAGE FOR CREDIT TOWARD ANY PREEXISTING LIMITATION PERIOD.

【解説】 プランによっては Preexisting Condition Limitation(既往症による給付制限)がついている場合があります。この制限に該当するかどうかの審査を行うため、弊社の保険開始日以前の保険有無等について確認することがあります。

【対応方法】 弊社の保険開始日以前にご加入されていた保険会社の Certificate をご提出してください。(もしくは、日本語カスタマーサービスまで、以前加入されていた保険プランの情報をご連絡下さい。)なお、Preexisting Condition Limitation の規定がないプランでも、何らかの事情で例外的にこの表現が出てくる可能性がありますので、ご不明の際は、日本語カスタマーサービスまでご連絡ください。また、加入者が脱退される場合には、弊社がこの Certificate を発行しま

す。プラン脱退後、米国内で他社の医療保険に加入なさる場合には必要となりますので、必要と思われる方は保管しておいてください。

例3) MEMBER PLEASE ANSWER: DO YOU OR YOUR ANY FAMILY MEMBERS HAVE OTHER INSURANCE? IF SO, WE NEED INSURED'S NAME; PLAN NUMBER; INSURANCE COMPANY'S NAME/ADDRESS/PHONE NUMBER; NAMES OF FAMILY MEMBER'S COVERAGE BY OTHER PLAN; & SPOUCE'S BIRTHDATE.

【解説】 ご本人もしくはご家族の方が、複数の保険に加入している場合が考えられます。例えば、夫婦共働きで、ご主人・奥様ともにお互いをそれぞれの Dependent として、それぞれの会社の医療保険に加入するような場合です。医療保険では、かかった治療費以上の給付が出ることはありませんので、このような場合、保険会社間で給付調整を行うことになっています(COB: Coordination of Benefit)。弊社では、COB の可能性のあるケースに関して、年 1 回程度、情報更新の為にこのメッセージを EOB に付記し、お客様の回答を待って、保険給付処理をスタートさせます。回答があるまで、クレーム処理を保留することもありますので、ご注意が必要です。

【対応方法】 保険給付手続きを速やかに進めるため、日本語カスタマーサービスにお電話でご回答ください。

例4) MEMBER TO UPDATE OUR RECORDS, TELL US THIS DEPENDENT'S-SOCIAL SECURITY NUMBER AND MARITAL STATUS.

【解説】 弊社の一般的なプランでは、「配偶者」および「26 歳未満のお子さま(養子、継子を含みます)」が、扶養家族として加入することができます。この Remarks は、年齢などから判断して上記制限に該当する可能性がある場合に、学期毎に最新情報の確認をお願いするものです。

【対応方法】 保険給付手続きを速やかに進めるため、日本語カスタマーサービスにお電話でご回答ください。

例5) THIS PROCEDURE IS NOT CONSISTENT WITH THE DIAGNOSIS CODE(S) GIVEN. REFER TO YOUR COVERED CHARGES AND LIMITATION SECTION OF YOUR BOOKLET.

【解説】 検査等の手続きに、診断内容との関連性が認められず、給付の対象外となったことを表しています。

【対応方法】 医療機関に対し、医療上の必要性を弊社に説明(電話による口頭説明、またはカルテのコピーの送付等)するよう依頼してください。ご不明な点があれば、日本語カスタマーサービスにご相談ください。

例6) MEMBER PLEASE DESCRIBE THE ACCIDENT, INCLUDING THE DATE AND PLACE, IN CONNECTION WITH THE SERVICES LISTED ABOVE.

【解説】 ケガの治療の場合は、その原因が労働災害や交通事故など、労災保険や自動車保険等にまず請求して頂く必要がある場合がありますので、その確認のための質問です。

【対応方法】 日本語カスタマーサービスまでお電話でご回答ください。

例7) WE'VE EXCLUDED THE NON-COVERED CHARGES UNDER YOUR PLAN.

【解説】 保険給付対象外の治療行為に対して請求があった場合にこのメッセージが記載されます。

【対応方法】 内容に不明な点等がありましたら、ブックレットをご確認いただくか、貴社保険担当者にお問い合わせください。日本語カスタマーサービスで確認することもできます。

例8) PREVAILING CHARGES ARE BASED ON CURRENT HEALTH COST DATA. FEES OVER THIS AMOUNT ARE EXCLUDED. YOU MAY REQUEST A REVIEW OF THIS DECISION BY SENDING ADDITIONAL INFORMATION TO US.

【解説】 PPO ネットワーク加盟医療機関による治療については、すべて当該医療機関との事前設定された治療費が請求されますが、PPO 非加盟医療機関の場合は、請求された治療単価を弊社において査定する必要が生じます。査定は当該治療費が近隣地域の平均的費用と比較して適正か否か、という観点で行われ、平均的な費用を上回る額は給付対象外となります。この Remarks は請求された金額が、このルールに該当し、一部保険対象外となったことを示しています。

【対応方法】 当該部分については一般的に自己負担となります。医師によっては当該金額を割引いてくれることもありますので、最終負担額は医療機関からの請求書と照合されることをお勧めいたします。まれに情報の不足により保険適応外になっている場合もありますので、日本語カスタマーサービスにご相談ください。その場合には、当該治療行為に関するより詳細な情報提供をお願いすることがあります。

例9) WE CAN'T DETERMINE OUR BENEFITS, IF ANY, AT THIS TIME. ONCE WE REVIEW THE ADDITIONAL INFORMATION WE'VE REQUESTED, WE'LL ADVISE YOU OF OUR DECISION.

【解説】 医療機関、またはお客様からの追加情報を待っているために、保険給付を保留していることを示しています。

【対応方法】 必要な情報を送付頂く必要があります。お客様からの情報の場合、必要な書類を郵送いただくか、日本語カスタマーサービスにお電話でご連絡ください。医療機関からの情報が必要な場合、速やかに情報提出がなされるよう医療機関に連絡されることをお勧めします。

例10) SERVICES MUST BE FOR MEDICALLY NECESSARY CARE TO BE CONSIDERED A COVERED EXPENSE UNDER YOUR PLAN. THE INFORMATION PROVIDED DOES NOT SUPPORT THE MEDICAL NECESSITY FOR THESE SERVICES.

【解説】 保険は医療上必要のある治療行為について給付が行われます。医療上必要のないもの(例:美容整形等)は給付対象外とされます。

【対応方法】 再検討をご請求頂くことも可能ですが、その場合は詳細情報(当該治療に医療上必要性が認められると認定できる内容のもの)をご準備頂く必要が生じることがあります。

例11) BEFORE FUTURE ACTION CAN BE TAKEN ON THE EXCLUDED CHARGES, WE NEED THE FOLLOWING MEDICAL RECORDS:***.**

【解説】 保険給付を再検討する過程において、更に追加情報が必要であることを示しています。

【対応方法】 表示された追加情報をご提出下さい。ご不明な点があれば、日本語カスタマーサービスにご連絡ください。

【歯科保険】

例1) SERVICES MUST BE FOR NECESSARY DENTAL CARE TO BE CONSIDERED A COVERED EXPENSE UNDER YOUR PLAN. THE INFORMATION PROVIDED DOES NOT SUPPORT THE DENTAL NECESSITY FOR THESE SERVICES.

【解説】 医療保険の例(#10)と同様です。

【対応方法】 医療保険の例(#10)と同様です。

例2) WE ALLOWED BENEFITS BASED ON THE COVERED FEE FOR AN AMALGAM.

【解説】 アマルガム合金で治療したと仮定した場合の料金を基本保険給付額として給付計算したことを意味しています。

【対応方法】 差額は自己負担になります。

例3) YOUR ①\$XX.XX DENTAL MAXIMUM HAS BEEN REACHED.

【解説】 歯科保険は年間の給付限度額が定められています。この Remarks は、①に示される年間給付限度額(プランによって定められている)に到達しており、それを超える部分については保険給付がなされないことを意味しています。

【対応方法】 年間給付限度額を超える部分については、自己負担になります。